اتفاقية خدمات طبية

إنه اليوم الأحد الموافق ٢٠٠٤/٨/١ تم الإتفاق بين كل من:

أولاً: مستشفى أسوان التعليمي (القسم الفندقي) والكائن في أسوان، والمسمى فيما يلي " المستشفى المعتمد " ويمثله السيد الأستاذ الدكتور/ ممدوح الأمير بصفته مدير المستشفى.

(الطرف الأول)

ثانياً: والشركة الفرعونية الأمريكية لتأمينات الحياة والمسماة فيما يلي " الشركة " ويمثلها السيد الأستاذ/ عثمان شرباتي بصفته نائب رئيس مجلس الإدارة والعضو المنتدب.

(الطرف الثاني)

تمهيد:

أ - حيث إن المستشفى المعتمد يمتلك التجهيزات الكاملة لتقديم الخدمات والعلاج الطبي بأقسامه الداخلية.

ب - وحيث أن الشركة تعمل في مجال تأمينات الحياة والتأمين الطبي وتقوم بإصدار تغطية تأمينية طبية شاملة جماعية للعاملين لدى شركات وهيئات مختلفة ولأفراد عائلاتهم.

ج - وحيث إن هنالك عدد من الهيئات والشركات التي تتمتع بالتغطية التأمينية الطبية لدى الشركة والمسماة فيما يلي " المتعاقد " ترغب في انتفاع العاملين لديها والمؤمّن عليهم لدى الشركة من الخدمات الإستشفائية التي يقدمها المستشفى المعتمد.

لذلك لقد تم الاتفاق بين الطرفين على ما يلي:

١. يوافق المستشفى المعتمد على تقديم الخدمات الطبية والعلاج داخل المستشفى وفقاً للأحكام والشروط الواردة هنا على أساس قائمة الأسعار المرفقة بين المستشفى المعتمد والشركة وذلك للمؤمّن عليهم لدى الشركة وأفراد عائلاتهم المشمولين بالتأمين بموجب عقود التامين الجماعية بين المتعاقد والشركة والذين يختارون الإقامة في المستشفى المعتمد للمعالجة.

Head Office: 28th Floor Nile City - North Tower
Cornish El Nile - Ramlet Beaulac
Tel.: (202) 4619020 Fax: (202) 4619022

المركز الرئيسي: الدور ٢٨ مبنى نايل سيتي - البرج الشمالي
كورنيش النيل - رملة بولاق
تليفون: ٤٦١٩٠٢٠ (٢٠٢) - فاكس: ٤٦١٩٠٢٢ (٢٠٢)

٢. يسرى هذا الاتفاق على العاملين لدى المتعاقد وأفراد عائلاتهم والذين يحملون بطاقات تأمين طبي من الشركة سارية المفعول عند دخولهم إلى المستشفى المعتمد.

٣. يقوم المستشفى المعتمد بتقديم الخدمات الطبية للمؤمَّن عليهم وفقاً للمزايا والشروط وحدود التغطية المشمولة في وثيقة التأمين خلال الإقامة داخل المستشفى بما فيها الاستشارات الطبية، فحوصات المختبر، فحوصات الأشعة، والعمليات الجراحية (العلاج الداخلي) وحالات الطوارئ وضرورة إرسال نموذج (د) فى الإجراءات التى تستلزم ذلك (تراجع بهذا الصدد قائمة الأحوال المستثناة من التغطية ملحق رقم "١") (ونموذج (د) ملحق رقم ٢).

٤. إن الشركة سوف لا تتحمل أية نفقات ناتجة عن خدمات طبية قدمت من المستشفى المعتمد بصدد الحالات المستثناة من وثيقة التأمين أو قدمت منه خارج المستشفى (باستثناء الجراحة خارج المستشفى، الأشعة المقطعية ، الرنين المغناطيسي). وفي حال يكون المؤمَّن عليهم - أو أفراد عائلاتهم- يطلبون من المستشفى المعتمد معالجة الأحوال المستثناة أو العلاج خارج المستشفى (باستثناء ما ذكر بالتحديد أعلاه) فعلي المستشفى المعتمد أن يستوفى النفقات الطبية الناتجة من جراء ذلك مباشرة من المؤمَّن عليهم نقداً حسب أسعار التعاقد.

٥. يجوز أن يحول المستشفى المعتمد أي من المؤمَّن عليهم إلى مستشفى أو مركز طبي آخر لتقديم الخدمات الطبية المغطاة بالتأمين وغير المتوفرة لديه، شرط أن يقوم بإخطار الشركة بالفاكس قبل القيام بالتحويل أو خلال ٢٤ ساعة من تاريخ التحويل في الحالات الطارئة. و يقدم المستشفى المعتمد الفواتير الطبية التي تم التحويل إليها مرفقة " بنموذج مطالبة إدارة العناية الطبية " على أن تكون تكلفة هذه الخدمات مماثلة للأسعار المتفق عليها ما بين الطرفين.

٦. إذا حصل أي خلاف طبي ما بين المستشفى المعتمد والشركة، فيحق للشركة وعلى نفقتها الخاصة اللجوء إلى استشارة طبية من قبل طبيب معتمد يوافق عليه المستشفى المعتمد.

٧. يوافق المستشفى المعتمد على عدم قبول أي مريض داخل المستشفى أو عدم تقديم عمليات جراحية خارج المستشفى أو الأشعة المقطعية، الرنين المغناطيسي بدون إعلام الشركة وموافقتها على الإجراء المطلوب وذلك وفقاً لنموذج " الموافقة المسبقة للعناية الطبية" (ملحق رقم "٣"). في حالة المعالجة أو دخول المريض إلى المستشفى مخالفة لقرار الشركة وبناء لإلحاح المريض، فعندئذٍ يحصل المستشفى المعتمد كامل النفقات مباشرة من المريض نقداً حسب أسعار التعاقد.



٨. يقوم المستشفى المعتمد بتقديم الفواتير شهرياً إلى الشركة مرفقة بكافة المستندات اللازمة والمبينة في "نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية" (ملحق رقم "٣"). يصدر المستشفى المعتمد الإيصالات عند استلام المبلغ من الشركة مع مراعاة أنه في حالة عدم الاعتراض رسمياً خلال أسبوعين من تاريخ السداد يعتبر ذلك مخالصة نهائية ولا يحق الرجوع على الشركة لاحقاً بأي شكل من الأشكال.

٩. باستثناء عما هو وارد في المادتين "٤" & "٦" أعلاه، تلتزم الشركة بدفع كافة النفقات العائدة للخدمات المقدمة من المستشفى المعتمد إلى العاملين لدى المتعاقد وأفراد عائلاتهم خلال الإقامة في المستشفى وضمن التغطية التأمينية بموجب وثيقة التأمين. تدفع الشركة النفقات الطبية مباشرة إلى المستشفى المعتمد خلال ٤٥ يوماً عمل من استلام الفواتير مرفقة بكامل المستندات العائدة لها.

١٠. يقوم المستشفى المعتمد بمحاسبة الشركة على أتعاب الأطباء والجراحين وباقي النفقات الطبية طبقاً لما هو مبين في النموذج "إجراءات تقديم المطالبة عن العناية الطبية" (ملحق رقم "٤") كما يجرى المحاسبة على أتعاب الأطباء الزائرين على نفس الأسس المطبقة للأطباء المقيمين على أن يقوم المستشفى المعتمد بالتحصيل من المؤمَّن عليهم مباشرة أية رسوم أو تكاليف إضافية عما هو متفق عليه.

١١. في حال أي نقص في المستندات اللازمة لدفع المطالبة، تقوم الشركة بإخطار المستشفى المعتمد بالنواقص خلال ٣٠ يوماً من استلام الشركة الفواتير ويقوم المستشفى المعتمد بتقديم المستندات اللازمة خلال ١٥ يوماً من طلب الشركة.

١٢. يتعين على المستشفى المعتمد تقديم المطالبة خلال فترة ستين يوماً من تاريخ بدء العلاج هذا و لن تعتد الشركة بأي مطالبة تالية لهذا التاريخ .

١٣. في حالة عدم وضوح أي من بنود التغطية التأمينية أو الإجراءات الإدارية يقوم المستشفى المعتمد بإخطار الشركة التي ستقوم بإعطاء التفسيرات اللازمة خطياً وبكل وضوح.

١٤. في حالة انتهاء عمل المؤمّن عليه أو انتهاء التأمين عليه يلتزم المتعاقد بسحب "بطاقة التأمين الطبي" من المؤمّن عليه فوراً و بإبلاغ الشركة والمستشفى المعتمد خطياً بهذا الانتهاء. إن أية خدمات طبية تعطى من المستشفى المعتمد بعد الإبلاغ تكون على مسئولية المستشفى ويتوقف التزام الشركة بسداد النفقات الطبية الناشئة بعد تاريخ الإخطار بالانتهاء.

١٥. في حالة سرقة أو فقدان "بطاقة التأمين الطبي" يلتزم المتعاقد بإبلاغ الشركة والمستشفى المعتمد خطياً بهذا الفقدان و يتوقف التزام الشركة بسداد النفقات الطبية الناشئة عن استخدام البطاقات المفقودة بعد تاريخ استلام الإخطار بذلك.

١٦. في حالة انتهاء أي من عقود التأمين الطبي الشامل الجماعي، تلتزم الشركة بإبلاغ المستشفى المعتمد بذلك خطياً ويتوقف التزام الشركة بسداد المصروفات الطبية الناشئة عن الخدمات الطبية المقدمة للعاملين المؤمّن عليهم بموجب هذه العقود المنتهية عند تاريخ استلام المستشفى المعتمد لهذا الإخطار.

١٧. تشكل الملاحق المرفقة بهذا العقد وهي الملحق رقم (١) "جدول الاستثناءات" والملحق رقم (٢) "الموافقة المسبقة للعناية الطبية" والملحق رقم (٣) "نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية" والملحق رقم (٤) "إجراءات تقديم المطالبة عن العناية الطبية".

١٨. يقوم المستشفى المعتمد بإصدار المطالبات والفواتير طبقاً لقائمة الأسعار المرفقة بهذه الاتفاقية والتي تشكل جزءاً منها، و يتم إجراء أي من التعديلات أو التغييرات بالقائمة بناءاً على طلب المستشفى المعتمد وموافقة الشركة.

١٩. يقوم المستشفى المعتمد بتقديم الخدمات الطبية اللازمة ووفقاً للتغطية التأمينية للمؤمّن عليهم الحاملين لبطاقات التأمين الطبي الخاصة بالشركة والسارية المفعول وذلك في حالات الطوارئ وبدون الحصول على الموافقة المسبقة من الشركة، ويلتزم المستشفى المعتمد في هذه الحالة بإبلاغ الشركة خلال ٢٤ ساعة من بدء تقديم هذه الخدمات العلاجية.

٢٠. للشركة الحق في ندب طبيب من قبلها لزيارة المرضى المؤمّن عليهم والمقيمين بالمستشفى عن طريق الطبيب المعالج للتحقق من قيام المستشفى بالتزامه نحوهم و يتفق على تنظيم هذه الزيارات بين مدير المستشفى والشركة.

٢١. مدة هذه الاتفاقية سنة ميلادية تبدأ من تاريخ تحريرها وتجدد تلقائياً و ذلك ما لم يرغب أي من الطرفين في إنهائها و على أن يكون ذلك بموجب كتاب مسجل بعلم الوصول للطرف الآخر و قبل فترة ستين يوماً من تاريخ هذا الإنهاء.

حررت هذه الاتفاقية بتاريخ ٢٠٠٤/٧/١٨

ممثل المستشفى المعتمد	ممثل الشركة

OFAC CHECKED
Signature:
Date:
Dept.:

Head Office: 28th Floor Nile City - North Tower
Cornish El Nile - Ramlet Beaulac
Tel.: (202) 4619020 Fax: (202) 4619022

المركز الرئيسي: الدور ٢٨ مبنى نايل سيتي - البرج الشمالي
كورنيش النيل - رملة بولاق
تليفون: ٤٦١٩٠٢٠ (٢٠٢) - فاكس: ٤٦١٩٠٢٢ (٢٠٢)

ملحق رقم (١)

الاستثناءات

١. الإيذاء الذاتي سواء كان المؤمّن عليه عاقلاً أو غير عاقل، وكذلك حالات علاج الإدمان الكحولي أو إدمان المخدرات، وعلاج أمراض الحساسية أو الأمراض العصبية أو العقلية.

٢. الإصابة أو المرض الناتج عن فتنة أو حرب (سواء كانت حالة الحرب معلنة أم لا) أو نتيجة لقلاقل أو اضطرابات أو ثورات شعبية).

٣. العلاج بالراحة أو في دور النقاهة أو الاستجمام، أو الحجز في مصحات الحجر أو العزل الصحي. جراحات التجميل وعلاجاته ما لم تكن نتيجة لإصابة جسدية نشأت عن حادث وقع للمؤمّن عليه.

٤. علاج الأسنان بصفة عامة من أشعة وخلع ومعاينة وحشو وغيرها، وكذلك النظارات الطبية ووسائل السمع، تصحيح النظر باستخدام نظارات طبية، اختبارات النظر التي لا علاقة لها بأعراض مرضية الكشف الطبي العام، وكذلك الكشف الطبي لأغراض لا تتعلق بمرض أو إصابة جسدية ناتجة عن حادث، وكذلك المصروفات المتعلقة بالبنود التالية :

- الأدوات الطبية المساعدة (مثل أجهزة الاستنشاق).
- علاج فقدان الشهية، السمنة، القلق، الصلع.
- وسائل منع الحمل.
- التلقيح الصناعي، إحداث التبويض.
- الأغذية المساعدة (مثل الفيتامينات)، (العلاج بالأعشاب الطبية).
- الطب الوقائي، التطعيم، الطهارة، الإبر الصينية.

٥. نقل المؤمّن عليه إذا لم يكن بواسطة خدمة سيارات إسعاف محلية مرخصة.

٦. أي حالات عجز نشأت قبل تاريخ بدء سريان التغطية التأمينية.

٧. حالات الحمل والولادة والإجهاض والإسقاط.

٨. علاج الإيدز (مركب نقص المناعة المكتسب AIDS) أو المركب المتصل بالإيدز (ARC).

٩. أي عمليات إجهاض تمت لأسباب اختيارية، نفسية أو اجتماعية وما يترتب عنها.

١٠. علاج حالات العقم والحالات المتعلقة بها وكذلك علاج منع الحمل أو العقم.

١١. العاهات الجسمانية والعيوب الخلقية والحالات الوراثية.

١٢. عمليات الاستبدال، الأجهزة التصحيحية و الأدوات الطبية الغير لازمة جراحياً.

١٣. عمليات نقل وزرع الأعضاء ما عدا عمليات القلب والكلى والكبد.

١٤. تكلفة الحصول على الأعضاء التي يفرضها الشخص المتبرع بالعضو.

١٥. رسوم التسجيل.-

١٦. رسوم التقارير الطبية.

١٧. الضرائب.

١٨. تكلفة المرافق.

١٩. إيجار التلفزيون والمكالمات التليفونية وتكلفة الطعام الإضافي.

٢٠. السماعات الطبية.

٢١. متابعة الحمل.

٢٢. **التهاب اللثة وعلاج الفك.**

٢٣. **الأحذية الطبية وشرا بات العلاج الطبي.**

٢٤. **أتعاب أطباء النظام الغذائي.**

٢٥. **قيمة أي كشوف أو أدوية غير مرفق بها التشخيص الطبي.**

٢٦. **علاج أي من الأعراض التي يتم توصيفها كمرض مثل الفلات فوت ، الاضطراب النفسي ، ......**

٢٧. **الأدوية الغير مغطاة مثل مضادات الاكتئاب، مستحضرات التجميل، أدوية التخسيس، الشامبو، علاجات تقوية الشعر، الصابون، علاجات العقم، الألبان، معاجين الأسنان، سدادات الأذن، الخ ..**

ملحق رقم (٤)

إجراءات تقديم المطالبة عن العناية الطبية

من أجل تفادي أي تأخير في تدقيق المطالبات، يُرجَى التأكد من الآتي:

١) الإجابة على كافة الأسئلة في نموذج مطالبة أليكو.

٢) جميع المطالبات مع مرفقاتها يجب أن تقدم خلال ٣٠ يوماً من تاريخ المعالجة، مع ملاحظة أن المطالبات المقدمة بعد ٦٠ يوماً من تاريخ المعالجة ستكون مرفوضة.

٣) للمرضى الخارجيين يُرجَى إرفاق المستندات التالية مع كل مطالبة لكل مريض:

أ. وصفة طبية لكل الأدوية المصروفة.

ب. فاتورة دواء مفصلة تحتوي على اسم المريض، تاريخ الشراء، اسم الدواء، كمية الدواء، سعر كل وحدة دواء.

ج. فاتورة تحاليل طبية مفصلة تحتوي على اسم المريض، تاريخ الخدمة، اسم التحليل، تكلفة كل تحليل.

د. فاتورة أشعة مفصلة تحتوي على اسم المريض، تاريخ الخدمة، اسم الأشعة، تكلفة كل صورة أشعة.

هـ. فاتورة مفصلة للأشعة الصوتية، الموجات فوق الصوتية، التصوير بالرنين المغناطيسي، تحتوي على تاريخ الخدمة، اسم المريض، توضيح للخدمة المقدمة مع النتيجة، تكلفة كل خدمة، نموذج أليكو (D) الذي يوضح موافقة أليكو على هذه الخدمة.

٤) بالنسبة للمرضى المؤمّنين يُرجَى إرفاق المستندات التالية:

أ. فاتورة مستشفى مفصلة تحتوي على تفاصيل التحاليل الطبية المجراة وتفاصيل الأدوية وتفاصيل الأشعات وتفاصيل كافة الخدمات الأخرى.

ب. تقرير طبي مفصل عن الحالة.

ج. إذا كانت أجور الطبيب أو الجراح أو طبيب التخدير منفصلة يُرجَى إرفاق كافة التفاصيل.

د. نموذج (D) موضحاً موافقة طبيب أليكو على الدخول أو الخدمات المقدمة.

Head Office: 28th Floor Nile City - North Tower
Cornish El Nile - Ramlet Beaulac
Tel : (202) 4619020 Fax: (202) 4619022

المركز الرئيسي: الدور ٢٨ مبنى نايل سيتي - البرج الشمالي
كورنيش النيل - رملة بولاق
تليفون: ٤٦١٩٠٢٠ (٢٠٢) - فاكس: ٤٦١٩٠٢٢ (٢٠٢)